

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

Exma. Sra. Ministra da Saúde Av.^a João Crisóstomo, 9 1049-062 Lisboa

Assunto: reforma da rede hospitalar.

A FNAM, na sequência de um processo de ampla discussão interna, aprovou o documento anexo relativo à imperiosa necessidade de ser adoptada uma reforma da rede hospitalar.

Nesse sentido, vimos dar conhecimento deste documento a V.Exa e solicitar uma reunião urgente com o objectivo de analisar a preocupante situação das estruturas hospitalares.

Aguardando resposta, subscrevemo-nos com os nossos melhores cumprimentos.

P'la Comissão Executiva da FNAM

Mário Jorge dos Santos Neves

Lisboa, 10 de Dezembro de 2009



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

É urgente a reforma da rede hospitalar

1. A recente evolução das políticas para o sector

A evolução da situação dos hospitais públicos no nosso país ao longo das últimas décadas tem conhecido diversas vicissitudes, em grande medida resultantes de ciclos políticos e governativos e das opções a eles subjacentes.

No final da década de 1980, a aplicação, por um governo do PSD, da nova legislação sobre a gestão hospitalar e a introdução dos mecanismos de comissariado político para as nomeações dos vários cargos criaram uma ruptura cultural e organizacional nos hospitais públicos, até aí assentes em critérios de prestígio e competência técnica e científica, cujas consequências directas afectaram toda a estrutura de funcionamento e de desempenho dessas unidades, sem que daí tivesse resultado a resolução de qualquer dos problemas de fundo deste sector de prestação de cuidados de saúde.

Entre 1995 e 1999, o XIII governo, de maioria PS, fruto da tomada de consciência da equipa ministerial de então de que a situação existente conduziria, a curto prazo, a uma diminuição considerável da capacidade de resposta dos serviços hospitalares, decidiu desenvolver várias iniciativas de reforma que visaram criar um novo ambiente institucional e novas dinâmicas de revitalização da estrutura funcional.

Entre essas iniciativas encontrava-se a criação dos CRI (Centro de Responsabilidade Integrados) que pretendiam estabelecer níveis intermédios de gestão, agregando funcionalmente serviços complementares ou afins.

Essas iniciativas de reforma foram amplamente discutidas, nomeadamente com as organizações sindicais dos vários sectores de profissionais de saúde, e foi possível estabelecer um consenso alargado em torno delas.

No entanto, nos últimos meses de 2001, outro ministro, ainda que do mesmo governo, desencadeou a aplicação de novas medidas que eliminaram ou bloquearam as iniciativas anteriores, estabelecendo as premissas legais do que veio a constituir a política de empresarialização dos hospitais públicos.

A realização de eleições legislativas antecipadas no início de 2002 determinou uma mudança de governo, com uma coligação PSD/PP, que rapidamente determinou a radicalização de uma política privatizadora e de destruição da gestão pública.

A partir do segundo semestre de 2002, a acção da equipa ministerial tornou evidente que o seu objectivo público já não se limitava a modelos empresariais, mas que tinha bem definido um horizonte de integral privatização dos hospitais públicos.

Dessa forma, foram criados os "hospitais SA" com o respectivo capital social dividido em quotas nominais atribuídas à titularidade dos Ministérios da Saúde e das Finanças. Este modelo constituía uma etapa intermédia, preparatória da posterior privatização dessas unidades, como se pôde facilmente verificar pela sua legislação enquadradora.

Nessa legislação, estava disposto que as alterações aos estatutos desses hospitais se efectuaria nos termos da lei comercial, que cada um deles poderia requer a expropriação por utilidade pública, concessionar a ocupação ou exercício de actividades nas infraestruturas afectas e celebrar contratos ou acordos que tivessem como objecto a gestão das partes funcionalmente autónomas.

Numa das disposições estava previsto que "os accionistas têm direito de preferência na alienação de acções em função das respectivas participações no capital social e pelo seu valor nominal". E noutra, considerava-se que "a cada 100 acções corresponde um voto".

Basta a transcrição destas duas disposições para confirmar que os "hospitais SA" eram uma etapa intermédia para esse objectivo de integral privatização.

A divisão do capital social em quotas nominais, a definição de 1 voto por 100 acções e a clara assumpção de que os accionistas iniciais (Ministério da Saúde e das Finanças) poderiam, em qualquer momento, alienar essas acções, constituíam ingredientes inseparáveis de uma lógica privatizadora e de destruição da rede pública hospitalar.

Perante as sucessivas denúncias desses objectivos houve, até, outro ministro desse governo que na discussão do Orçamento de Estado, em Outubro de 2004, na Assembleia da República, acabou por confessar que esses hospitais seriam "financiados pelo princípio do utilizador-pagador".

Embora esse modelo tivesse sido apresentado à opinião pública como inevitável para resolver os problemas hospitalares e a única via para impedir o agravamento das suas despesas, cedo se verificou que nenhum dos problemas era resolvido e que os respectivos défices não paravam de crescer.

A comunicação social divulgou, então, inúmeras notícias sobre o descalabro sucessivo das contas dos "hospitais SA", descalabro esse que impôs um orçamento rectificativo no final de 2004

Mas já em Agosto de 2002 esse governo tinha publicado legislação para estabelecer a futura existência das Parcerias Público-Privadas (PPP) (D.L. n.º 185/2002) e, logo em seguida, anunciou a realização de concursos para a construção de 10 novos hospitais segundo este modelo.

As eleições legislativas de 2005 determinaram nova mudança, com a constituição de um governo do PS. Concretizando o prévio compromisso eleitoral, o novo governo, logo no início da legislatura, decidiu eliminar a legislação dos "hospitais SA" e substituí-la pelo modelo EPE (Entidade Públicas Empresariais).

Apesar desta medida não ter sido suficiente corajosa do ponto de vista político para eliminar a concepção empresarial na saúde, teve a clara vantagem de interromper um caminho construído para a inevitabilidade da privatização, nomeadamente ao deixar bem definido o carácter público dos hospitais, a sua plena inserção no SNS e ao abolir a existência de capitais sociais divididos em quotas nominais.

No entanto, mantiveram-se, apesar desta alteração, enormes problemas e ambiguidades que as várias administrações hospitalares não conseguem superar, nem dão sinais de nisso estarem empenhadas.

A generalidade das administrações, na base da apregoada autonomia administrativa e financeira, adopta um típico comportamento patronal como se estivessem a gerir empresas da sua propriedade, não são avaliadas no seu desempenho gestionário, aplicam sem qualquer responsabilização os dinheiros públicos e colocam-se numa sistemática atitude autocrática.

Pode descrever-se a actual situação na generalidade dos Hospitais EPE da seguinte maneira: uma gestão autista; recurso a sucessivas contratações de assessores, consultores e de empresas desta área sem existirem quaisquer resultados visíveis das vultuosas verbas gastas; implementação de múltiplas medidas de reestruturação de serviços sem qualquer resultado efectivo; abolição indiscriminada da actividade de vários serviços; integral esvaziamento do papel dos directores de serviço; manifesto desinteresse em procurar fixar os médicos mais jovens que concluem aí as suas especialidades.

Perante esta evidência, a FNAM realizou, a 29/04/2008, uma conferência de imprensa onde no comunicado emitido referiu " a importância da sua proposta de criação de uma estrutura encarregue de apresentar, com prazos bem definidos, medidas tendentes à reforma dos hospitais públicos e à revitalização do seu papel assistencial".

Na sequência das recentes eleições legislativas, o programa de governo do PS contém diversas medidas relativas aos hospitais, das quais destacamos as seguintes:

- ✓ A reforma da organização interna dos hospitais é um objectivo da próxima legislatura.
- ✓ Criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).

✓ Aplicar nos Hospitais EPE um modelo de avaliação da gestão hospitalar, clarificando o seu papel e responsabilidades... prestação de contas... assente na responsabilização pelos resultados das entidades empresariais e na avaliação do seu desempenho, ao serviço da qualidade dos cuidados de saúde.

Consideramos que estes compromissos são, desde logo, pontos de partida importantes para a dinamização de uma reforma da rede hospitalar que introduza mecanismos tendentes ao desenvolvimento de uma moderna gestão pública, com objectivos bem definidos e previamente divulgados, sujeita a claros parâmetros de avaliação e a procedimentos de responsabilização pelos resultados gestionários.

A situação actual nos hospitais tem de ser urgentemente superada, de modo a evitar a agudização do actual clima de insatisfação e de desmotivação que tem determinado o abandono de um número crescente dos médicos mais diferenciados, seja por via de reformas antecipadas ou, sobretudo, por pedidos de exoneração da Função Pública.

A FNAM, ao apresentar este documento, tem como objectivo contribuir responsavelmente para o desencadeamento célere de um processo de mudança dos hospitais da rede do SNS.

Desde o início da sua existência como organização sindical, a FNAM tem defendido empenhadamente os interesses dos médicos e das suas carreiras, mas sem nunca descurar uma activa intervenção a nível do funcionamento dos serviços e das suas formas de estruturação, tendo bem presente que as carreiras médicas são indissociáveis da natureza das instituições de saúde.

2. A realidade hospitalar e as suas especificidades

Num hospital, verificamos que a produção de serviços é composta por actividades complexas, muito diversificadas, onde vários estratos profissionais, com formações técnicas diferentes, desenvolvem a sua acção.

A decomposição do trabalho em tarefas parciais, ainda que interligadas, tornou-se a característica fundamental na produção em saúde.

A divisão do trabalho na saúde, com particular incidência a nível hospitalar, apresenta as seguintes particularidades essenciais:

- * Horizontalidade na articulação dos vários serviços.
- * Divisão articulada de trabalho entre médicos e outros sectores profissionais.
- *Verticalização das respostas diagnósticas e terapêuticas dentro de uma unidade funcional.

O trabalho hospitalar processa-se, de forma mais marcada, na base de equipas, reunindo um universo crescente de trabalhadores que produzem em cooperação.

A produtividade neste sector, dadas as suas características particulares, dificilmente pode ser medida parcelarmente, tornando difícil a definição de soluções para desagregar as actividades.

A produtividade não pode, por isso, ser discutida isoladamente, mas no contexto do desenvolvimento da saúde e dos recursos humanos e deve estar relacionada com os custos, as metas e os resultados.

Na actividade médica, e ao contrário de outras cadeias de produção, não é possível garantir que todos os procedimentos técnicos sejam repetidos da mesma maneira e com o mesmo tempo de duração.

O sector da saúde, e muito particularmente a produção hospitalar, constitui um dos sectores onde se tem verificado, ao longo de várias décadas, uma permanente incorporação tecnológica com a implementação de novos e cada vez mais sofisticados meios técnicos e de um desenvolvimento contínuo do conhecimento técnico e científico.

Como está demonstrado pela experiência histórica, todas as revoluções tecnológicas determinaram sempre uma mudança radical nos modos de organização da produção e do trabalho.

No nosso país esses modos de organização dos hospitais têm-se mantido, no essencial, intactos nos últimos 30 anos, contrariando as imperiosas necessidades de acompanhamento das novas realidades e das novas exigências de resposta na prestação dos cuidados de saúde.

As organizações são constituídas por pessoas que desempenham actividades organizadas, em situações concretas e dentro de um contexto determinado.

Os hospitais para conseguirem responder às novas exigências têm de encorajar a inovação, sendo certo que inovar não significa necessariamente estar ligado à tecnologia de ponta, mas procurar de forma constante as melhores maneiras de fazer as coisas simples.

3. Propostas para a reforma

a) Definição da Missão e dos objectivos institucionais.

Torna-se fundamental desenvolver mecanismos que conduzam a uma modernização da gestão pública, em vez de existir uma atitude de "enxerto" de conceitos empresariais importados de outros sectores de actividade e alheios ao facto de que há uma efectiva distinção de base entre os objectivos da gestão privada e os objectivos da gestão pública.

Enquanto na gestão privada a empresa existe para maximizar o lucro e o património dos accionistas, na gestão pública a organização existe para obter maior valor social para a comunidade.

Na gestão privada o resultado financeiro é o critério de bom desempenho e na gestão pública este critério assenta no benefício retirado pelos contribuintes para o seu bem-estar. O gestor público é depositário de um interesse colectivo e tem de desenvolver permanentes esforços na procura da máxima eficiência do desempenho da instituição no interesse global dos cidadãos.

A recente evolução da situação de crise internacional veio ridicularizar o slogan apregoado durante largos anos sobre a suposta superioridade da gestão privada em relação à gestão pública.

No caso concreto da saúde no nosso país, a própria experiência da gestão privada do Hospital Amadora/Sintra veio demonstrar também a ausência de fundamento desse slogan, dado que essa experiência tornou claro que essa unidade hospitalar não fez mais e melhor do que os restantes hospitais, muito pelo contrário. E essa verificação determinou que o governo tenha tomado a decisão de não renovar o contrato de gestão privada.

A modernização da gestão pública impõe que seja desenvolvida uma cultura organizacional e gestionária sustentada na eficiência e nos resultados, bem como um processo constante de revisão e análise crítica da missão e objectivos de cada instituição e dos seus correspondentes planos estratégicos.

Simultaneamente, tem de existir um ambiente institucional tendente à inovação, que só é possível na base do estímulo da formação e aprendizagem contínuas.

Neste contexto, o ponto de partida é a definição clara da Missão e dos correspondentes objectivos institucionais. A Missão constitui-se como o contributo da instituição à sociedade e é o pilar da sua estratégia.

O hospital é um elo da cadeia de prestação dos cuidados de saúde, com o seu papel, mas em articulação estreita com os restantes sectores de prestação.

A Missão e os objectivos não são coincidentes para todos os hospitais, tendo em conta que cada uma dessas unidades está inserida num dado contexto geográfico, demográfico e epidemiológico que torna diferentes as prioridades da sua actividade. A definição dos objectivos vai determinar as formas como se organiza cada hospital para alcançar a sua missão. Em função deles são estruturadas as actividades que cada sector implementa com forma de divisão do trabalho.

Sem Missão e objectivos institucionais claramente definidos não há organização nem é possível traçar a direcção para onde se pretende avançar.

b) Criação dos CRI (Centros de Responsabilidade Integrados)

O DL nº 374/99, de 18/9, estabeleceu os CRI, tendo sido revogado em 2002.

A criação e implementação dos CRI constitui uma das medidas essenciais para redinamizar o funcionamento e a eficácia de desempenho das unidades hospitalares. Os CRI devem ser estruturas de gestão intermédia, auto-organizadas, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogéneas e afins.

Trata-se de uma medida que possibilita uma efectiva departamentação de serviços, a criação de sinergias funcionais e uma melhor gestão de toda a capacidade instalada. Por outro lado, introduzem modernos mecanismos de desconcentração dos processos de tomada de decisão, de avaliação, auto-regulação e de responsabilização pelos resultados obtidos.

Deste modo, torna o funcionamento e a vivência hospitalar coerentes com a Missão, os objectivos operacionais e a estratégia global previamente definida para cada hospital.

Estes aspectos possibilitam centrar a actividade hospitalar no cidadão, na satisfação das suas necessidades, optimizando os recursos existentes e promovendo uma

articulação operacional entre as várias especialidades médicas, de modo a melhorar a sua capacidade de resposta.

Salvaguardadas as devidas especificidades, pode-se afirmar que os CRI, como estruturas intermédias de gestão, sujeitos a mecanismos de avaliação e de responsabilização, estão para os hospitais como as USF estão para os centros de saúde.

c) Contratualização

O financiamento das unidades hospitalares deve estar baseado em mecanismos de contratualização na base de orçamentos-programa.

Estabelecidos os objectivos e as metas de produção de cuidados, os hospitais têm de estabelecer orçamentos e submetê-los à aprovação da tutela ministerial.

Em função destes objectivos institucionais e do orçamento-programa, as administrações hospitalares desencadeiam o processo de contratualização interna com cada CRI para o estabelecimento dos respectivos contratos-programa.

Os objectivos específicos de cada CRI estão, naturalmente, integrados e articulados com os objectivos gerais de cada unidade hospitalar.

d) Recursos humanos

Em todas as organizações os recursos humanos são o seu património mais valioso.

Num sector como o da saúde, onde os ritmos de desenvolvimento técnico-científico se processam de forma contínua e acelerada, os recursos humanos têm de estar inseridos em ambientes que privilegiem a aprendizagem e a formação contínuas.

O desenvolvimento dos recursos humanos assume uma importância estratégica para alcançar os objectivos e avançar com êxito numa reforma.

Sem recursos humanos tecnicamente habilitados que conhecem os objectivos institucionais não é possível assegurar um bom desempenho institucional em benefício dos cidadãos e orientado para as suas necessidades.

A formação profissional contínua deve ter como horizonte permanente a excelência e tem de assentar em carreiras exigentes que assegurem a progressiva diferenciação técnico-científica e mecanismos de avaliação rigorosos.

Relativamente à avaliação de desempenho, a sua transparência e objectividade só podem existir em função da concretização dos objectivos definidos para cada serviço e cada CRI e tem como função primordial permitir estabelecer posteriores medidas de correcção que possibilitem uma melhoria contínua da capacidade de resposta institucional.

Caso contrário, só poderá traduzir-se num processo subjectivo com elevadas probabilidades de se transformar numa acção de cariz persecutória em função de outras motivações.

Além disso, os profissionais têm de ser parte activa de uma gestão participada e com métodos transparentes de estabelecimento de objectivos.

Ligado à criação dos CRI deve ser definido um sistema de incentivos em função da concretização ou superação dos objectivos estabelecidos na contratualização.

Quanto aos directores de serviço e de departamento, importa definir-lhes um papel de acrescidas responsabilidades e de acção institucional que permita uma adequada dinamização do funcionamento dos serviços, garantindo a concretização dos objectivos sectoriais e globais de cada estabelecimento hospitalar.

Quanto ao cargo de director clínico, devido à sua importância central no funcionamento geral de cada instituição hospitalar e à natureza essencialmente técnica das suas atribuições e competências, importa encontrar uma adequada solução que o retire do actual processo de nomeação política a par dos restantes membros das administrações.

Este cargo, para poder traduzir-se numa efectiva mais-valia institucional e num contributo determinante à adequada concretização dos objectivos institucionais, necessita de recuperar o prestígio e a sua posição de referência técnica que introduza uma ruptura com a actual situação de "corpo estranho" ao universo médico.

e) Programas de qualidade

A qualidade na saúde é uma área de enorme especificidade que não se coaduna com a importação de modelos aplicados na indústria ou noutros tipo de actividade.

A experiência internacional é suficientemente esclarecedora nesta questão para não estar bem presente na abordagem deste tema, além de que a produção teórica e os resultados práticos já há largos anos institucionalizaram as competências específicas da qualidade na saúde.

A concepção de qualidade na saúde fundamenta-se num processo de dirigir a organização através da participação e empenhamento de todos os profissionais dos vários serviços e departamentos para melhorar a qualidade dos seus serviços, a qualidade das suas actividades e a qualidade dos seus objectivos.

Nesse sentido, deve ser obrigatório que todas as instituições hospitalares estruturem e implementem programas de melhoria da qualidade na saúde.

Por outro lado, torna-se indispensável a existência no nosso país de uma estrutura que acompanhe e valide os programas da qualidade.

f) Avaliação e responsabilização

A avaliação é sempre um processo de comparação com objectivos previamente definidos ou com dados padronizados.

A avaliação do grau de execução dos objectivos assistenciais deve ser efectuada na base de indicadores de acessibilidade, de oportunidade, de qualidade, de eficiência, de efectividade, do grau de satisfação dos profissionais e do grau de satisfação dos doentes e utentes.

A avaliação tem de estar incorporada na gestão quotidiana de cada unidade hospitalar como uma das técnicas de gestão que possibilite a contínua detecção e correcção das situações que se afastem da concretização dos objectivos definidos.

Os resultados da gestão e da actividade de cada unidade hospitalar têm inevitavelmente de determinar a correspondente responsabilização.

Têm de ser dados passos importantes para acabar com a impunidade das administrações que gerindo os dinheiros públicos não prestam contas nem são responsabilizadas pelo laxismo e incompetência de desempenho das suas funções de gestão.

Conclusões

A FNAM considera inadiável a reforma da rede hospitalar e a implementação de parâmetros de modernização da gestão pública que permitam assegurar o cumprimento integral das funções sociais e assistenciais que determinam a existência dos hospitais públicos.

Não é possível permitir por mais tempo a situação actual da gestão hospitalar, onde não existem objectivos definidos, avaliação dos resultados e responsabilização pela actividade desenvolvida.

Não existe em nenhum hospital um programa de melhoria contínua da qualidade, nem contratualização orçamental.

Assim, e partindo dos compromissos gerais do Programa do Governo, torna-se indispensável constituir uma Unidade de Missão para a Reforma Hospitalar que, à semelhança do processo desencadeado há 4 anos para os cuidados de saúde primários, estabeleça um programa de reforma devidamente fundamentado e com um cronograma de actividades bem explícito.

A FNAM está empenhada em dar o seu contributo para o êxito de um processo desta natureza e importância e transmite a sua total disponibilidade para ser parte activa no desenvolvimento de toda a metodologia da mudança.

Lisboa, 10/12/2009

A Comissão Executiva da FNAM